

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 98.

DES

LOCALISATIONS EXTRA-ABDOMINALES

DE L'APPENDICITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Janvier 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jacques BÉNARD

Né le 15 Septembre 1873, à Angoulême (Charente).

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon,

Ancien Préparateur à la Faculté de Médecine.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène.	BARD.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Botanique	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUG.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. CONDAMIN, Assesseur ;
MM. COLLET et NOVÉ-JOSSERAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR PONCET

Chevalier de la Légion d'honneur,

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

INTRODUCTION

L'idée première de ce travail nous a été donnée par M. Jaboulay, dont nous sommes heureux d'avoir été l'externe.

Nous profitons de l'occasion qui nous est donnée de le remercier profondément de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Nous ne saurions quitter définitivement les hôpitaux de Lyon, sans remercier aussi les maîtres éminents qui ont guidé nos premiers pas dans cette science difficile de la médecine.

Que MM. les professeurs Gayet, Gailleton, dont nous avons été l'externe, et que M. le professeur Testut, dont nous avons été le préparateur, veuillent bien trouver ici le témoignage de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

M. le professeur Poncet, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, a montré à notre égard, dans les derniers moments de la composition de ce travail, une bienveillance dont nous avons été profondément touché et dont nous garderons le souvenir.

M. le professeur agrégé Rollet a également droit à toute notre gratitude. Il nous a autorisé à publier une observation recueillie dans son service, observation des plus intéressantes.

Enfin, nous ne saurions oublier MM. les professeurs agrégés Gangolphe, Siraud, M. Jacqueau, ex-chef de clinique ophtalmologique, qui nous ont tous aussi témoigné le plus bienveillant intérêt.

M. Boudin, interne du service de M. Jaboulay, a été pour nous un auxiliaire précieux ; nous lui en exprimons notre vive reconnaissance.

Sous le nom de localisations extra-abdominales de l'appendicite, nous nous sommes proposé de décrire l'envahissement de certaines régions et de certains organes situés en dehors de la cavité abdominale, par la suppuration émigrant d'un foyer péri-appendiculaire.

Mais nous n'envisagerons dans ce travail que les localisations purulentes qui se font de proche en proche par le tissu cellulaire ; nous ne dirons rien des localisations à distance, bien étudiées par Piard dans sa thèse (Paris, 1896), telles que les abcès du poumon, du foie, du cerveau, des méninges, de la parotide, localisations qui se font par la voie lymphatique ou veineuse.

Nous traiterons d'abord de l'abcès appendiculaire en général.

Nous suivrons ensuite les migrations purulentes parties de cet abcès, en haut dans les organes pleuro-pulmonaires, en bas dans les bourses et la partie supérieure des cuisses : en un mot, nous étudierons les localisations extra-abdominales supérieures et les localisations extra-abdominales inférieures.

Nous tracerons successivement :

Leur anatomie pathologique et leur pathogénie,

Leurs symptômes, leur diagnostic et leur pronostic.

En dernier lieu, nous étudierons leur traitement.

Nous concluons en signalant l'opportunité de l'intervention immédiate.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545308_0086

DES

LOCALISATIONS EXTRA-ABDOMINALES

DE L'APPENDICITE

I

L'ABCÈS PÉRI-APPENDICULAIRE

L'appendicite débute par une phase catarrhale, hyperémique, qui peut être sa seule manifestation, la terminaison se faisant alors par résolution, passage ou retour à l'état chronique. Dans d'autres cas moins heureux, on observe la suppuration, l'ulcération ou la gangrène de l'appendice.

Bien que ces derniers phénomènes ne soient pas constants, on doit, avec Jalaguier, les considérer comme réguliers dans l'évolution de la maladie.

La suppuration de l'appendice doit seule nous occuper.

Les germes infectieux pénètrent de la cavité appendiculaire dans la cavité péritonéale, selon des modes différents.

Tantôt l'appendice ulcéré, gangrené, déverse directement ses produits septiques dans le péritoine, à travers

DES

LOCALISATIONS EXTRA-ABDOMINALES

DE L'APPENDICITE

I

L'ABCÈS PÉRI-APPENDICULAIRE

L'appendicite débute par une phase catarrhale, hyperémique, qui peut être sa seule manifestation, la terminaison se faisant alors par résolution, passage ou retour à l'état chronique. Dans d'autres cas moins heureux, on observe la suppuration, l'ulcération ou la gangrène de l'appendice.

Bien que ces derniers phénomènes ne soient pas constants, on doit, avec Jalaguier, les considérer comme réguliers dans l'évolution de la maladie.

La suppuration de l'appendice doit seule nous occuper.

Les germes infectieux pénètrent de la cavité appendiculaire dans la cavité péritonéale, selon des modes différents.

Tantôt l'appendice ulcéré, gangrené, déverse directement ses produits septiques dans le péritoine, à travers

une perte de substance consécutive au processus ulcéreux, ou à l'élimination d'escarres. Tantôt l'agent pathogène traverse toute l'épaisseur des parois de l'appendice par l'intermédiaire des lymphatiques (lymphangite térébraute de Letulle), et contamine la séreuse, sans qu'on puisse constater aucune trace de perforation.

Les faits de foyers enkystés de péritonite suppurée et ceux de péritonite généralisée appartiennent surtout au premier mode d'infection, bien qu'on les ait constatées dans des cas où les lymphatiques avaient été la seule voie d'issue pour les micro-organismes (Poncet, Margery.)

Les faits de péritonite plastique fibrineuse ou adhésive appartiennent au second mode ; le cæcum, la terminaison de l'intestin grêle et l'épiploon peuvent être agglutinés autour de l'appendice par un exsudat fibrineux, quelquefois très abondant, au centre duquel se trouve une petite quantité de liquide louche et fétide.

Quel que soit le mode d'envahissement, si la maladie suit son cours, la séreuse infectée s'enflamme et suppure, une péritonite s'est déclarée, qui peut être circonscrite, diffuse ou généralisée. Telle est la genèse de l'abcès péri-appendiculaire.

Dans la péritonite suppurée circonscrite qui succède à la transformation purulente de l'exsudat d'une péritonite séro-fibrineuse et le plus souvent à la perforation de l'appendice, il se forme au contact de cet organe un premier abcès, de petit volume, encapsulé par des adhérences et contenant un pus épais, verdâtre ou brunâtre, d'odeur fécaloïde. Plus tard, tandis que le premier abcès augmente de volume, il se développe de petits foyers secondaires autour de lui. Bientôt ces formations purulentes se fu-

sionnent en une collection unique, contenant une quantité de pus plus ou moins considérable et renfermée dans une poche à la constitution de laquelle contribuent le péritoine de la fosse iliaque et de l'excavation pelvienne, le cæcum, l'intestin grêle et les adhérences qui unissent ces différentes parties. Jalaguier a vu plusieurs fois l'abcès accolé à la fin du mésentère, en dedans et au-dessous du cæcum, derrière la terminaison de l'iléon.

Les adhérences qui limitent la poche purulente, très fragiles quand elles sont jeunes, présentent une résistance remarquable quand elles sont le fait d'une crise antérieure. Le pus de l'abcès est séro-purulent ou purulent ; son odeur est souvent fécaloïde ; il peut renfermer des matières liquides ou demi-solides et des gaz. L'appendice peut être observé adhérent au cæcum et baignant dans le pus ou accolé à une des parois de la poche ; dans d'autres cas, il est complètement détaché du cæcum, et on le trouve en plein liquide purulent, tout entier ou divisé en fragments méconnaissables.

L'abcès est généralement unique dans la péritonite enkystée, mais il y en a quelquefois plusieurs. Leur siège est variable et dépend de la situation de l'appendice. Ce dernier occuperait normalement, d'après Clado, la fosse iliaque droite ; il y serait placé verticalement suivant une ligne croisant les vaisseaux iliaques externes. Jonnesco fait varier la position de l'appendice par rapport au cæcum suivant plusieurs types :

1° **Siège sous-cæcal** (normal) : Appendice au-dessous du cæcum, suivant une ligne courbe dirigée le plus souvent à gauche ;

2° **Siège pré-cæcal** : Appendice recourbé en haut et en avant, passe sur la paroi antérieure du cæcum, soit transversalement de gauche à droite, soit verticalement en haut en se mettant en rapport avec la paroi abdominale ;

3° **Siège rétro-cæcal** : Appendice recourbé en haut et en arrière, passe derrière le cæcum et le côlon ascendant, se porte vers le rein ou le foie ;

4° **Siège latéro-cæcal** : L'appendice contourne le cæcum et arrive au contact de ses faces latérales droite ou gauche.

L'abcès peut occuper ces différents points, et les différentes positions qu'il affecte ont été classées par Gerster et Talamon.

Le premier décrit cinq types :

1° L'abcès ilio-inguinal ;

2° L'abcès antérieur (face antérieure du cæcum) ;

3° L'abcès postérieur (entre le cæcum et la fosse iliaque) ;

4° L'abcès rectal (fuse dans le petit bassin) ;

5° L'abcès en dedans du cæcum (au milieu des anses de l'intestin grêle).

Talamon décrit :

1° L'appendicite iliaque ;

2° L'appendicite pré-rectale ;

3° L'appendicite sous-ombilicale ;

4° L'appendicite rétro-cæcale ou lombaire ;

5° Les localisations anormales.

Enfin certaines conditions influent encore sur le siège de l'abcès péri-appendiculaire.

Le cæcum, durant la vie intra-utérine, a contracté des

adhérences avec certains organes abdominaux : le rein, le côlon transverse, le duodénum, le foie, la vésicule biliaire, le testicule, l'ovaire, de sorte qu'on peut retrouver l'appendice dans les régions sous-hépatique, péri-rénale ou péri-ombilicale, ou bien encore très bas dans l'anneau inguinal, dans le canal péritonéo-vaginal, et quelquefois dans les bourses.

Ces derniers faits expliquent les observations si nombreuses et si variées d'appendicite herniaire, dont une encore toute récente dans les hôpitaux de Lyon (Tixier, *Prov. médicale*, 15 janvier 1899).

Le relâchement des ligaments suspenseurs du cæcum, des replis pariéto-cæcal et mésentérico-pariétal de Tuffier, le relâchement du ligament iléo-appendiculaire et du méso-appendice de Clado, ligaments suspenseurs de l'appendice, donnent, avec certains faits d'inversion viscérale, la raison de certaines migrations appendiculaires lointaines, quelquefois jusque dans la fosse iliaque gauche¹.

Les positions si variables de l'appendice et des abcès développés autour de cet organe, ne sont pas sans importance dans l'histoire pathogénique des localisations extra-abdominales d'origine appendiculaire. C'est cette considération qui nous les a fait décrire.

L'abcès péri-appendiculaire enkysté qui a fait l'objet des pages précédentes peut se rompre dans la grande cavité du péritoine et occasionner une péritonite généralisée secondaire. Mais tel n'est pas le seul mode de genèse de ces péritonites. Plus souvent, d'après Jalaguier, il n'y

¹ Termet et Vanvers, De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite (*Gaz. des Hôp.*, mars 1897).

a pas rupture des adhérences qui enkystaient l'abcès péri-appendiculaire, mais infection de proche en proche de la séreuse, dans laquelle se produisent des abcès d'abord enkystés et plus tard fusionnés entre eux et avec l'abcès appendiculaire primitif pour constituer une vaste poche purulente.

La péritonite généralisée d'emblée est consécutive à la perforation gangreneuse de l'appendice, quelquefois aussi à l'infection de la séreuse par la voie lymphatique, comme il a été dit plus haut.

Que la péritonite généralisée soit secondaire ou primitive, elle se manifeste sous deux formes (Quenu, Routier), avec adhérences, sans adhérences.

Dans le premier cas, on a affaire à de grandes péritonites enkystées; le pus, d'une odeur fétide, envahit le quart ou même la moitié de la cavité abdominale, les fosses iliaques, remonte dans les hypocondres.

Les cavités purulentes peuvent être plus ou moins nombreuses, plus ou moins éloignées les unes des autres.

La péritonite généralisée sans adhérences est considérée comme rare par Jalaguier, qui la trouve difficile à distinguer de la péritonite septique diffuse. Le pus, fétide et phlegmoneux, fuse dans le bassin et dans les flancs, comme dans la variété précédente; mais, ce qui n'a pas lieu chez cette dernière, il pénètre entre les anses intestinales.

La péritonite septique diffuse est caractérisée par la présence, dans la cavité péritonéale, d'un liquide ressemblant à du bouillon sale. Ce liquide se reproduit avec une rapidité étonnante; on le trouve dans tous les points de l'abdomen et jamais il ne se présente sous forme de collections circonscrites.

Nous avons étudié jusqu'ici les formations purulentes intra-péritonéales. Il nous reste à parler de la propagation de l'infection au tissu cellulaire sous-séreux, en un mot de la suppuration extra-péritonéale.

Le phlegmon iliaque peut s'observer sans qu'il y ait de lésions de péritonite, soit que, par l'intermédiaire d'une perforation entre les deux lames du méso-appendice, le tissu cellulaire du méso-cæcum et celui de la fosse iliaque soient successivement contaminés, soit qu'il y ait infection par voie lymphatique, ce qui serait plus fréquent d'après Jalaguier.

Mais, le plus ordinairement, il y a suppuration intra-péritonéale ; des adhérences solides isolent l'appendice et le cæcum de la grande cavité du péritoine, et l'infection se propage plus volontiers du côté de la fosse iliaque.

Le pus de ces para-appendicites peut fuser dans les régions les plus diverses et les plus éloignées ; nous allons y revenir.

Nous avons étudié dans ce chapitre la formation des collections suppurées d'origine appendiculaire et leurs variétés ; nous avons exposé les données nécessaires pour comprendre pourquoi les migrations purulentes se font dans tel ou tel sens déterminé ; il nous reste maintenant à suivre ces migrations en dehors de l'abdomen, ce qui constitue le sujet même de notre travail.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE PATHOGÉNIE

Nous avons divisé, au début, les localisations extra-abdominales de l'appendicite en supérieures et en inférieures.

Sous le titre de localisations supérieures, nous étudierons l'envahissement de la plèvre et du poumon par des fusées purulentes d'origine appendiculaire, qui ont perforé le diaphragme, ou qui ont passé à travers les orifices qu'il présente, orifices au niveau desquels les deux séreuses péritonéale et pleurale sont en contact.

Sous le titre de localisations inférieures, nous décrirons l'issue de migrations de pus de même origine, à travers des orifices naturels ou accidentels de la partie inférieure de l'abdomen et leur collection dans les bourses ou à des régions variables du membre inférieur.

Localisations supérieures

Les abcès de la cavité pleurale ont été regardés par Jacob, Wolbrecht, Terrillon, Jalaguier, Koerte, comme une complication fréquente signalée surtout au cours d'ap-

pendicites subaiguës et chroniques. L'infection se propage de l'appendice à la plèvre et au poumon par trois voies différentes :

- 1° Par le tissu cellulaire rétro-péritonéal ;
- 2° Par les vaisseaux lymphatiques ;
- 3° Par les veines.

La statistique de Croizat (thèse de Lyon, 1892) nous fixe sur la fréquence relative suivant laquelle chacune de ces différentes voies a été suivie. Sur quarante-cinq observations, il note que la voie lymphatique a été suivie trente et une fois, la voie cellulaire rétro-péritonéale quatorze fois, il n'y en a aucune mentionnant l'infection propagée par la voie veineuse.

La propagation infectieuse par le tissu cellulaire rétro-péritonéal doit seule nous occuper. La situation anatomique de l'appendice joue un certain rôle dans la marche des fusées purulentes vers le diaphragme, par le tissu cellulaire rétro-péritonéal. Andouard, Roux, Fränkel, Talamon ont insisté sur ce fait, et ce dernier, dans son remarquable ouvrage sur l'appendicite, écrit que toutes les fois que l'appendice remonte en dehors ou en arrière du cæcum, le pus se collecte autour de cet organe et tend à faire tumeur dans l'espace costo-iliaque ou dans la région lombaire au-dessus de la crête iliaque. Que l'abcès soit primitivement intra-péritonéal ou qu'on ait affaire à une para-appendicite, peu importe dans ce cas ; il se comporte comme s'il était toujours cellulaire, isolé qu'il est de la grande cavité séreuse par des adhérences solides.

Le tissu cellulaire rétro-péritonéal a été considéré par Duddenhausen (Dissert. inaug., Berlin, 1889), comme un canal reliant l'appendice à la plèvre en passant derrière

le foie. Telle est aussi l'opinion de Wolbrecht. Ce tissu cellulaire, situé entre le côlon ascendant et la paroi abdominale postérieure, est en continuité directe avec la capsule adipeuse du rein, au niveau de laquelle il est en rapport avec l'aponévrose des muscles transverse, carré des lombes et dorso-lombaires. La capsule adipeuse du rein, qui n'est, en quelque sorte, on le voit, que ce tissu cellulaire, épaissi par des masses graisseuses, est placée immédiatement au-dessous de l'hiatus costo-lombaire, ouverture percée dans l'épaisseur du diaphragme et faisant communiquer le tissu périrénal avec le tissu cellulaire sous-pleural. Cet hiatus est formé par l'écartement de deux faisceaux du diaphragme, un externe, qui s'insère à la douzième côte, un interne, qui se fixe à l'arcade fibreuse du psoas, enfin par une membrane fibreuse d'enveloppe qui va de la face concave du diaphragme au muscle carré des lombes.

On a pu, par les notions anatomiques qui précèdent, constater combien la route de la plèvre est facile à parcourir pour les fusées purulentes d'origine appendiculaire. Elles arriveraient même, comme le fait remarquer Talamon, d'autant plus sûrement au but, que, dans ce canal creusé d'avance, limité en avant par le gros intestin, en arrière et en dehors par une paroi musculaire épaisse, le pus n'a aucune tendance à sourdre à l'extérieur. Deux chemins seuls lui sont accessibles, en bas la fosse iliaque, en haut la partie supérieure de l'abdomen.

L'abcès sous-diaphragmatique (thèse de Paris, 1895, Grandsire) et l'abcès péri-hépatique (Sallet, thèse de Lyon, 1894) s'ouvrent quelquefois dans la plèvre après avoir perforé le diaphragme.

Les fusées purulentes peuvent rester localisées au-dessous du diaphragme, étant données la multiplicité des replis et fossettes de la séreuse à cette région et les adhérences qui résultent du processus inflammatoire. Cependant, l'observation des faits nous montre que les perforations du diaphragme sont fréquentes, auquel cas s'installe d'emblée une pleurésie purulente ou gangreneuse.

Si l'abcès sous-phrénique contient des gaz, la destruction du diaphragme et de la plèvre aboutit à la formation d'un pyopneumothorax, à moins, toutefois, qu'une communication ne soit directement établie entre les poumons et la plèvre, grâce à des adhérences antérieures. Lorsqu'en effet le poumon n'est uni à la plèvre que par des adhérences lâches et peu nombreuses, la pleurésie purulente et le pyopneumothorax vrai généralisés s'établissent. Si, au contraire, des adhérences solides unissent la base du poumon au diaphragme, le foyer sous-diaphragmatique ne pouvant fuser entre les deux feuillets de la plèvre, s'ouvre dans le poumon ; le malade crache une quantité plus ou moins considérable de pus fétide, d'odeur stercorale, auquel on reconnaît les caractères du pus appendiculaire ; Grandsire, dans sa thèse, considère cette terminaison par vomique comme la plus fréquente.

Tuffier (*Traité de chirurgie Duplay et Reclus*) signale par ce processus la formation de véritables fistules qui, dans un cas permettaient l'écoulement par la bouche de liquide injecté par la région lombaire.

Il peut arriver que la perforation de la plèvre soit lente à se faire et ne suive pas immédiatement celle du diaphragme. Le pus s'accumule alors entre la plèvre et le muscle ; il y a formation d'un abcès sous-pleural, compli-

cation assez fréquente si l'on s'en rapporte aux observations de Guyon, Tuffier, Lannois, Toussaint, Cossy. Cet abcès sous-pleural a pour caractère, d'après Guttmann, de laisser s'écouler par une ponction pratiquée dans un espace intercostal supérieur, du liquide séro-fibrineux, et du liquide purulent si la ponction est faite dans un espace intercostal inférieur.

La pleurésie purulente qui résulte de la perforation du diaphragme est plus fréquente à droite qu'à gauche, bien que des faits de pleurésie gauche aient été signalés par Wolbrecht, Berzelius, Coats, Monod.

La pathogénie de cette pleurésie gauche est facile à comprendre. Le pus de l'abcès sous-diaphragmatique, qui séjourne un certain temps au-dessus du foie, s'étale à la surface de cet organe et peut atteindre la ligne médiane et même la dépasser à gauche. Il trouve à ce niveau des ouvertures pratiquées dans l'épaisseur du diaphragme, et rien ne s'oppose à ce que, par elles, il pénètre dans la cavité thoracique. En effet, les insertions antérieures du diaphragme sont constituées par deux faisceaux triangulaires qui l'unissent à la partie postéro-inférieure de l'appendice xiphoïde. Ces deux faisceaux sont séparés par du tissu cellulaire assez abondant, interposé directement entre les deux séreuses. Il existe, de plus, deux autres petits faisceaux qui présentent la même direction que les précédents; mais Sappey les dit assez rares, de sorte que dans ce cas, les deux séreuses sont en pleine communication, dans une étendue de 4 à 7 centimètres.

Le pus peut donc pénétrer par cet intervalle et émigrer indifféremment, selon des circonstances difficiles à prévoir, à droite ou à gauche.

L'accumulation du liquide purulent appendiculaire dans la plèvre détermine des lésions de tout l'appareil respiratoire.

La perforation du diaphragme présente des dimensions très variables de 1 à 4 centimètres ; dans ce dernier cas, on observe la destruction de la fibre musculaire par gangrène.

Le poumon droit, le plus atteint, est très souvent adhérent au diaphragme, il présente des lésions diverses de congestion, d'atélectasie, de broncho-pneumonie ; il est quelquefois creusé de foyers gangreneux de dimension variable (Ramadan). Les lobes moyens et inférieurs sont refoulés en haut et en arrière, et dans le cas de rejet du pus par vomiques, il y a perforation d'une ou de plusieurs bronches.

Les cas d'abcès pulmonaire sont plutôt le fait d'un processus métastatique que le résultat d'une infection par continuité, on les appelle abcès pyémiques. Ils entrent dans la catégorie des localisations à distance dans l'appendicite, décrites par Piard dans sa thèse (Paris, 1896) ; ils sont comme les abcès de la parotide, des méninges, du cerveau, la manifestation d'une infection généralisée, et relèvent de l'histoire de l'appendicite infectieuse. Ils n'entrent donc pas dans le cadre des localisations que nous nous sommes proposé de décrire.

Enfin, on a signalé la perforation du diaphragme, au niveau du péricarde, l'infection de cette séreuse et la formation d'une péricardite suppurée ou d'un pyopneumo-péricarde rapidement mortels. Ces faits sont excessivement rares, mais il n'y a pas de raison pour les rejeter ; leur mécanisme s'explique de la même façon que celui des péri-

cardites suppurées, à la suite d'abcès sous-diaphragmatiques consécutifs à la rupture d'un ulcère de l'estomac, péricardites qui ont été mentionnées par Ramadan.

Quant à la nature de l'épanchement qui s'est fait dans la région thoracique, Ledeyn soutient qu'il n'est jamais de même nature que l'épanchement abdominal, même dans les cas de large perforation. Cet auteur affirme que l'odeur fécaloïde appartient au seul épanchement abdominal et que, dans aucun cas, on ne la retrouve dans le liquide de la plèvre.

L'odeur très nettement fécaloïde des vomiques d'origine appendiculaire nous dispense de plus d'argumentation.

Les suppurations pleurales d'origine appendiculaire peuvent être constatées dans toute appendicite aiguë, sub-aiguë ou chronique. Mais il est une variété d'appendicite qui, d'après M. Jaboulay, prédispose davantage et plus rapidement aux complications pleuro-pulmonaires. Ce sont les appendicites putrides. Nous citons *in extenso* son article du *Lyon médical* du 11 septembre 1898 sur ce sujet.

« Il est une forme d'infection appendiculaire qui est remarquable par sa gravité. Le pus a une odeur spéciale de pourriture, il est gris sale, parsemé de grumeaux et de dépôts blancs, mélangé de sang et quelquefois de gaz ; il contient toute la flore microbienne, coques, bacilles ; l'un d'eux, semblable au pneumo-bacille, est caractérisé par sa transparence et la présence à ses deux extrémités d'un grain chromatique. Cette infection même rejetée à la face postérieure du cæcum a une tendance envahissante remarquable, elle se porte du côté du foie et de la plèvre où elle crée des com-

plications qui peuvent en imposer au sujet de son point de départ véritable. Si elle évolue en avant, elle amène une septicémie du péritoine redoutable entre toutes, que l'on peut appeler, avec Jalaguier, la péritonite septique diffuse.

« La forme postérieure de cette affection frappe ordinairement de jeunes adultes, qui d'emblée sont atteints gravement. Leur ventre est peu tuméfié ; c'est en arrière, vers la fosse rénale, qu'est le siège des douleurs. Au bout de quelques jours, on pourrait croire à une maladie de la plèvre ou de la convexité du foie. Cependant la palpation bimanuelle attentive de la fosse lombo-iliaque permet de reconnaître une collection qui est en arrière du cæcum et du côlon ascendant. Le pus va s'étendre en quelques jours au-dessus du foie, formant un abcès sous-phrénique, puis il perfore le diaphragme, et nous l'avons vu s'ouvrir dans le poumon droit et se vider par une vomique. La gangrène pulmonaire et le pneumothorax sont la fin de cette évolution de l'infection. Nous avons perdu de cette complication deux malades qui en étaient à la période terminale, au moment où ils étaient adressés en chirurgie. Mais deux autres malades opérés plus tôt et qui présentaient, l'un, un abcès sous-phrénique, l'autre, un abcès encore rétrocolique, ont guéri. L'intervention avait consisté, dans ce dernier cas, en une incision postérieure, semblable à celle de la néphrotomie et suivie de drainage, comme il convient en pareille occurrence où il faut éviter l'ouverture du péritoine. Cette pourriture de la région rétro-cæcale, qu'est la forme postérieure de l'appendicite putride, doit être débridée par une incision lombaire.

« Quant à sa forme antérieure, c'est-à-dire la péritonite septique diffuse qui d'ailleurs peut succéder à

l'abcès primitif rétro-cæcal ou bien être primitive, peu de chirurgiens l'ont vu guérir par la laparatomie. Un seul de nos malades ainsi traité s'est tiré d'affaire. Je lui avais fait le drainage du péritoine par la voie rectale, qui assèche parfaitement les recoins déclives de cette cavité, ainsi que j'ai pu encore récemment m'en convaincre à propos d'une péritonite par perforations intestinales d'origine typhique. Mais nos malades traités par la laparotomie abdominale ont succombé, même ceux qui paraissaient le moins gravement atteints : témoin un jeune homme de seize ans dont la température rectale était de 36°8, et qui présentait un signe favorable entre tous, la conservation de la miction spontanée. L'intervention réduite au simple débridement du péritoine sous-ombilical ne put prolonger la vie que de vingt-quatre heures, malgré l'évacuation d'une grande quantité de pus putride.

« De toutes les variétés d'appendicites *aiguës* qui devraient être différenciées par leur nature, l'appendicite putride est la plus grave pour des sièges et des localisations anatomiques analogues. Cela veut dire que les péritonites suppurées et les phlegmons rétro-cæcaux relevant d'autres variétés d'appendicite ont une moindre gravité que les péritonites et les suppurations dont nous venons d'étudier la cause. Après l'appendicite putride, il faut placer, dans l'ordre décroissant du danger, l'appendicite phlegmoneuse, qui produit les suppurations aiguës franches intra et extra-péritonéales, puis l'appendicite inflammatoire dont les produits sont à la fois moins virulents et plus localisés. C'est la réflexion que nous a inspirée l'examen de plus de 100 opérations de cette maladie et de ses complications soit du côté du péritoine, soit vers la région lombaire. »

Localisations inférieures

On a observé que les fusées purulentes, qui sortent de l'abdomen pour constituer les localisations extra-abdominales inférieures de l'appendicite, suivent trois voies différentes :

Le canal inguinal ,

L'anneau crural,

Le trajet du psoas.

Ce ne sont cependant pas là les seuls points de la paroi abdominale par où s'échappe le pus du foyer péri-appendiculaire. On a vu (Grisolle) le grand dorsal perforé par un abcès péri-cæcal qui avait fusé dans la région du grand trochanter. Un abcès gazeux de même origine avait traversé, dans une autre observation (Guinard), la paroi musculaire de l'abdomen pour gagner la région fessière et la hanche. Toutefois, ce sont là des faits rares, véritables anomalies qui ne répondent à aucune classification.

Migration purulente à travers le canal inguinal.

Elle se produit dans les différentes circonstances suivantes :

a) L'appendice est trop long, ou dévié de sa position normale, et s'engage dans l'orifice interne du canal inguinal.

Deux cas à considérer :

Le canal péritonéo-vaginal a disparu ;

Le canal péritonéo-vaginal persiste.

b) L'appendice est à sa place et de longueur normale,

mais le foyer péri-appendiculaire a fusé dans la fosse iliaque en occasionnant un phlegmon iliaque, et le pus se propage par le tissu cellulaire sous-péritonéal jusqu'au niveau du canal inguinal où il s'engage.

Ici encore il faut considérer les deux cas de persistance ou d'oblitération du canal péritonéo-vaginal.

La présence de l'appendice dans le canal inguinal, lorsque le canal péritonéo-vaginal est oblitéré, constitue l'appendicite herniaire. Le péritoine, repoussé en avant par l'appendice, lui forme un véritable sacherniaire. Du reste, on peut trouver à côté de l'appendice, dans le sac péritonéal, une partie plus ou moins considérable du cæcum et un segment d'anse intestinale.

L'histoire de l'appendicite herniaire est connue depuis longtemps, bien que cette dernière soit très rare.

L'inflammation de l'appendice dans un sac herniaire et sa perforation ont fait l'objet de nombreux mémoires. Shaw, Gangolphe (*Lyon médical*, 1892), Charnois (thèse de Lyon, 1894), Sauvage (thèse de Paris, 1894), Oller (thèse de Paris, 1894), Barrety (thèse de Paris, 1895), Guinard (*Traité Delbet LeJentu*), Jalaguier (*Traité Duplay-Reclus*) ont étudié cette question sur laquelle nous ne devons pas nous étendre dans ce travail. En effet, il n'y a pas, à proprement parler, migration purulente suivie d'une localisation plus ou moins éloignée du foyer primitif. La règle consiste dans l'établissement d'un phlegmon herniaire avec suppuration circonscrite dans le sac péritonéal.

Lorsque le canal péritonéo-vaginal persiste, l'inflammation et la perforation de l'appendice dans le canal inguinal sont le point de départ d'une suppuration abondante

qui descend librement dans la vaginale, la distend et l'infecte et détermine une vaginalite suppurée.

Le mécanisme de la pénétration de l'appendice dans le canal inguinal, en cas de persistance du canal péritonéo-vaginal, est intéressant à connaître. Il a été étudié par Vautrin dans son article sur les appendicites anormales (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1898).

Pour cet auteur il s'expliquerait par les adhérences que l'appendice contracte, durant la vie intra-utérine, avec certains organes de la cavité abdominale. Les adhérences de l'appendice avec le testicule auraient pour conséquence l'engagement du premier organe à la suite de l'autre dans le canal inguinal. Si l'appendice résiste, le testicule est arrêté dans son mouvement de descente, telle serait la pathogénie de certains cas de cryptorchidie.

Il est d'autres circonstances où le foyer appendiculaire a fusé du côté de la fosse iliaque ou s'est ouvert directement au niveau du canal inguinal. Dans ce cas, on peut trouver l'appendice de longueur normale et en bonne position. Ces deux facteurs perdent alors l'importance pathogénique que nous leur accordions dans les variétés précédentes.

A quoi faut-il attribuer la prédilection qu'affectent les fusées purulentes par la voie inguinale dans certaines appendicites. Nous croyons pouvoir répondre que l'orifice interne du canal inguinal, maintenu béant par la présence du cordon, situé à la partie la plus déclive de la fosse iliaque, directement en rapport avec le tissu cellulaire sous-péritonéal, remplit les conditions les meilleures pour la propagation du pus.

Les observations sont du reste assez nombreuses : Thurmann, cité par Talamon, a rapporté un cas d'appendicite scrotale, dans lequel l'abcès péri-appendiculaire formait une tumeur dans le scrotum de la grosseur des deux poings (*Surg. journ.*, 1848).

Chez un enfant opéré par Jalaguier, en 1889, à l'hôpital Trousseau, une perforation appendiculaire avait produit un énorme abcès qui remontait derrière le côlon ascendant jusqu'au rein, remplissait la fosse iliaque, pénétrait avec le cordon spermatique dans le canal inguinal et arrivait jusqu'au fond des bourses. La mort survint par péritonite diffuse, malgré l'intervention chirurgicale.

Enfin dans une observation toute récente prise dans le service de M. Rollet, un abcès péri-appendiculaire rétro-cæcal, avait fusé dans la fosse iliaque et dans les bourses.

M. Rollet, a bien voulu nous autoriser à publier cette observation, qu'on retrouvera à la fin de ce travail.

Dans la variété que nous venons d'étudier, il n'y avait pas persistance du canal péritonéo-vaginal. Le pus avait pénétré dans l'épaisseur même des bourses ou avait fusé dans le tissu cellulaire qui sépare leur face interne du cordon, et s'était arrêté au niveau du cul-de-sac supérieur de la vaginale, évidemment un peu déprimée.

Lorsque le canal péritonéo-vaginal a persisté, le pus d'une collection intra-péritonéale, par le seul fait de la pesanteur, tombe jusqu'au fond des bourses en déterminant des phénomènes de vaginalite suppurée.

Toutes les variétés de migrations purulentes que nous venons d'étudier ont pu être observées du côté gauche, soit par suite d'une longueur anormale de l'appendice,

soit par suite d'une inversion viscérale. Schwartz, Rou-tier et d'autres mentionnent des cas de ce genre. On trou-vera, du reste, ces variétés décrites avec tous les détails qu'elles comportent dans l'ouvrage de Termet et Vanverts (Prédominance des symptômes à gauche dans l'appendi-cite, *Gazette des hôpitaux*, mars 1897).

M. Jaboulay a opéré, il y a deux mois, dans son ser-vice, un malade qui présentait un abcès des bourses du côté gauche. Au moment où ce malade fut examiné, il ne présentait aucun symptôme d'appendicite. Malgré la grande difficulté qu'il y avait à déceler l'origine de la collection, le diagnostic d'appendicite fut porté et confirmé après l'in-tervention qui fut immédiate. Celle-ci permit de constater que le pus avait émigré dans la vaginale, grâce à la persis-tance du canal péritonéo-vaginal.

Nous sommes heureux de publier à la fin de ce travail cette très rare et très intéressante observation inédite que nous devons à la bienveillance de notre maître, M. Jaboulay.

Dans la *Revue de chirurgie*, 1892, MM. Poncet et Jaboulay mentionnent un cas de vaginalite suppurée après appendicite, s'expliquant par la persistance du canal vagino-péritonéal.

Migrations purulentes par l'anneau crural

L'anneau crural est un orifice situé à la partie inférieure de la fosse iliaque, au-dessous de l'arcade de Fallope. A sa partie externe et le délimitant de ce côté, se trouve la ban-delette ilio-pectinée qui n'est que le *fascia iliaca* épaissi à ce niveau et qui le sépare du psoas; son bord supérieur est formé par l'arcade de Fallope, son bord inférieur par le

ligament de Cooper, l'insertion du muscle pectiné et l'os, son bord interne par le ligament de Gimbernat.

Dans sa partie externe, il laisse passer l'artère et la veine iliaque externes qui deviennent fémorales à ce niveau. Sa partie interne ne livre passage à aucun organe ; on y trouve seulement le ganglion de Cloquet à cheval sur le bord externe et concave du ligament de Gimbernat. Cette dernière portion de l'anneau crural est fermée par le septum crural, prolongement du *fascia transversalis*. A l'anneau crural fait suite le canal crural, très court, affectant la forme d'une pyramide triangulaire, dont deux faces, inférieures, seraient formées par le psoas et le pectiné recouverts de leurs aponévroses, et la face supérieure par le *fascia cribiformis*.

Le pus des abcès appendiculaires a de la tendance à suivre les vaisseaux iliaques, dans lesquels on l'a même vu pénétrer quelquefois après effraction de leurs parois. Il est ainsi amené jusqu'au niveau de l'anneau crural, et pénètre dans le canal crural en fusant dans l'épaisseur de la gaine des vaisseaux. Il peut aussi exister à cette région de véritables hernies appendiculaires crurales, absolument analogues à celles dont nous avons parlé au sujet des migrations purulentes à travers le canal inguinal.

Nous rapportons une observation au sujet d'un fait de ce genre, publiée par MM. Poncet et Jaboulay, dans la *Revue de chirurgie*, 1892.

L'histoire de ces fusées purulentes, d'origine appendiculaire, s'échappant par l'anneau crural, est bien connue. Pravaz, dans sa thèse de 1888, cite un fait de Haller où le pus, après avoir fusé jusque dans le canal crural, avait

perforé le *fascia cribriformis*, était devenu sous-cutané et était descendu jusqu'au-dessous du genou.

Bauchet, cité par Pravaz, a publié dans la *Gazette hebdomadaire* de 1862 une très intéressante observation de fusées crurales ; nous l'avons reproduite à la fin de ce travail.

Guinard, dans son article sur l'appendicite (1898), cite le cas d'une jeune fille qui présentait à la face antéro-externe de la cuisse, à deux travers de doigt au-dessous du ligament de Fallope, une fistule consécutive à l'ouverture à l'extérieur d'un abcès appendiculaire.

Il s'agissait probablement là encore, de fusées crurales qui avaient perforé le *fascia cribriformis*, cheminé dans le tissu cellulaire sous-cutané et traversé les téguments à l'endroit de la fistule.

Piard, qui fait de la variété crurale (thèse de Paris, 1896) la plus anciennement connue de toutes les migrations appendiculaires, rapporte que Schwartz a publié dans la *Revue de chirurgie*, 1897, l'observation d'un malade porteur d'un abcès crural consécutif à l'issue du pus appendiculaire par l'intermédiaire de la gaine des vaisseaux fémoraux.

Migrations purulentes par le trajet du psoas.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal est séparé du muscle psoas par le *fascia iliaca*, aponévrose de ce muscle. Ce n'est donc qu'après avoir perforé cette aponévrose que le pus pourra suivre le trajet du muscle psoas, sortir avec lui du bassin, par cette partie du bord antérieur de l'os coxal

qui va de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'émittance ilio-pectinée, et gagner la région du petit trochanter où s'insère le muscle. Il pourra se collecter à cet endroit et faire saillie sous forme d'une tuméfaction fluctuante à la partie supérieure de la cuisse.

La perforation du *fascia iliaca* s'accompagne d'inflammation du muscle psoas, de psoïtis. Nous n'avons pas à insister beaucoup sur cette complication de l'appendicite, puisqu'elle se produit en dedans de la cavité abdominale. On la trouvera du reste décrite d'une façon très complète dans la thèse de Couraud (Lyon, 1894).

Nous devons cependant y faire allusion, car il y a des observations de migrations purulentes appendiculaires dans la cuisse, qui ont suivi, pour sortir de l'abdomen, le trajet du muscle psoas après perforation de son aponévrose.

Couraud en rapporte un certain nombre, et, avant lui, Vigla (*Annales de la clinique interne*, Liège 1882), a mentionné un cas où le pus après avoir perforé le *fascia iliaca* s'était propagé jusqu'au petit trochanter et occupait toute la partie supérieure du fémur.

III

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. PRONOSTIC.

Dans l'appendicite comme dans d'autres affections d'ailleurs, la localisation purulente péri-appendiculaire imprime son cachet à toute la maladie. Dans ces cas, le doute n'est pas permis. Mais bien souvent il arrive que seules les localisations extra-péritonéales sont en vedette, détournant à leur profit l'attention. C'est pourquoi nous insistons surtout sur ces signes éloignés, laissant volontairement de côté les signes classiques de l'appendicite.

Localisations supérieures.

Pleurésie. — La pleurésie purulente consécutive à l'ouverture dans la plèvre d'un foyer péri-appendiculaire de siège élevé est toujours précoce. Les accidents du début ont présenté dans leur marche quelque chose d'anormal, ils se sont immédiatement localisés à l'abdomen supérieur, la douleur de la colique appendiculaire a simulé celle d'une colique hépatique; on ne constate rien d'anormal du côté de la fosse iliaque droite, ni douleur provoquée ou spontanée, ni empatement. Mais bientôt, au niveau

de l'hypocondre droit, on constate une tuméfaction diffuse qui pourrait en imposer pour un phlegmon biliaire ou pour une péritonite localisée, liée à une perforation du duodénum ou de l'estomac.

C'est alors que le pus peut atteindre la cavité pleurale. Cette irruption peut se faire insidieusement sans symptômes extérieurs bien appréciables, c'est le cas le plus rare. D'ordinaire cette irruption s'accompagne d'une violente douleur pongitive, c'est le point de côté de la pleurésie, accompagné de symptômes pulmonaires qui d'emblée vont prendre une grande importance. C'est cette douleur et la dyspnée surtout qui vont attirer l'attention du médecin vers le thorax. La courbe thermique subit une nouvelle ascension.

On note l'augmentation de volume du côté droit, et tous les symptômes physiques d'un pyothorax, souvent même d'un pyopneumothorax. On voit se dérouler successivement les phénomènes graves d'une pleurésie putride, les grandes oscillations thermiques, les frissons, la diarrhée, l'émaciation des traits, le teint terreux du visage. L'affection aboutira en quelques jours à la mort, ou à une vomique formée de pus noirâtre très fétide et contenant des débris fécaloïdes. Nous n'avons pas à insister sur les signes physiques, qui sont ceux d'un épanchement pleural quelconque.

Le diagnostic en tant que pus dans la plèvre, sera très aisé. Les symptômes que nous venons d'énumérer, une ponction exploratrice nous renseigneront sur ce sujet. Mais d'où provient ce pus ? C'est là que les anamnestiques seront d'un grand secours.

L'idée de pleurésie purulente essentielle sera éliminée

par la marche de l'affection. D'autre part, la double ponction de Guttman va nous prouver que le pus est intra-pleural et non pas compris entre la plèvre et le diaphragme. Et maintenant, d'où vient ce pus ? Nous éliminerons la tuberculose par l'examen soigneux des sommets et par l'interrogatoire du malade. L'absence de symptômes hépatiques ou rénaux nous permettra d'éliminer les abcès du foie et les périnéphrites, et, s'il existe un passé appendiculaire assez net, si tant est que l'on pense à l'appendicite, le diagnostic sera facile. Mais dans certains cas les symptômes appendiculaires peuvent passer inaperçus. La migration du pus de l'appendice vers la plèvre peut donner lieu à des symptômes rénaux ou hépatiques, et c'est dans ces cas que la sagacité du médecin sera mise à l'épreuve. Nous ne pouvons donner aucune règle pour l'examen du malade et, comme dans toute affection difficile à diagnostiquer, c'est par le procédé dit de l'élimination que nous arriverons à nous faire une idée exacte sur l'origine de ce pus. Maintenant, nous avons un moyen adjuvant d'une très grande importance, c'est l'examen bactériologique du pus d'une ponction. Contient-il du *coli commune*, ce pus est sûrement d'origine intestinale. Contient-il du streptocoque ou du staphylocoque, il y a gros à parier qu'il ne vient pas de l'appendice. A l'appui de notre assertion, nous citons l'opinion de Piard (thèse de Paris, 1896) qui insiste dans sa thèse sur les difficultés de la diagnose de cette affection. Nous ne croyons pas devoir insister plus longtemps sur ce point.

Pour terminer, disons un mot des complications pulmonaires. Celles-ci ne sont pas spéciales à l'affection. La présence du pus dans la plèvre est nocive pour la plèvre

même, et pourra amener une réaction inflammatoire de cette séreuse. Les micro-organismes peuvent aussi étendre leur action sur le parenchyme pulmonaire, et c'est alors l'abcès du poumon, les congestions, la broncho-pneumonie, voire même la gangrène qui vont apparaître avec leur cortège symptomatique habituel.

La terminaison sera donc subordonnée à ces complications. Il ne nous reste à parler que d'une complication que l'on pourrait appeler heureuse, c'est la vomique. L'irruption du pus dans les hanches soulagera le malade, le guérira même, si son état général est encore assez bon. Le pus de la vomique nous sera d'un précieux secours pour le diagnostic. Dans notre hypothèse, c'est un pus intestinal, donc il sera fétide, d'odeur fécaloïde, et surtout contiendra du coli.

L'absence de saprophytes nous fera éliminer l'idée de gangrène pulmonaire.

Notre tableau symptomatique indique donc une affection grave. Le pronostic est sombre si le malade reste livré à lui-même. Il peut mourir de consomption avec les caractères habituels de la purulence, dont le principal est la fièvre hectique ; il peut mourir d'une des complications pulmonaires que nous avons citées plus haut. Dans les cas heureux, la vomique, si elle se produit, peut arriver à guérir le malade, si son état général le permet. Le pronostic est donc subordonné au traitement, et si par une intervention précoce et hâtive on parvient à donner issue au pus, le malade guérira. Les nombreuses observations de Piard, de Grandsire et de Sallet viennent à l'appui de notre thèse.

Localisations inférieures.

Au point de vue symptomatologique, les localisations inférieures se présenteront à nous avec un ensemble de signes qui rendront plus aisé le diagnostic.

Suivons toujours notre plan : nous allons tout d'abord envisager les migrations de pus vers le canal inguinal. Le pus arrive à former un abcès des bourses ou un abcès de la vaginale.

Les symptômes de cet abcès seront ceux des abcès ordinaires de cette région ; chaleur, rougeur, tuméfaction nous indiquent qu'il s'agit d'un abcès chaud, l'idée de tuberculose s'élimine donc. En outre, s'il y a issue du pus au-dehors, ce n'est pas du tout au lieu d'élection de la tuberculose que siègera la fistule. Dans les observations que nous rapportons, en effet, la fistule purulente siège à la partie inférieure des bourses ou à la partie antérieure, mais non pas à la partie postérieure. C'est en outre une fistule quelconque, ce n'est pas une fistule déprimée en cul-de-poule. La douleur est un des symptômes prédominants, le malade souffre ; il souffre de son testicule, il souffre dans le sens de son canal déférent, il peut même souffrir de son appendice. La douleur testiculaire peut être très grande et est comparable à la douleur de l'orchite blennorragique par exemple. La douleur funiculaire n'est qu'une simple irradiation ; la douleur appendiculaire peut apparaître avec ses signes habituels ; dans certains cas, elle peut être faible ou nulle, à tel point que la souffrance testiculaire attire sur elle seule l'attention.

Le diagnostic sera donc par là-même aisé ou difficile. Il sera aisé, si les anamnestiques d'abord, et la localisation iliaque de l'appendicite attirent l'attention sur le point initial des phénomènes. Mais le plus souvent le diagnostic se fera encore là par élimination. Nous avons éliminé tout à l'heure l'idée de tuberculose, nous éliminerons maintenant la blennorragie par l'examen du canal de l'urètre. La syphilis sera laissée de côté, puisque nous avons abcès. C'est de cette manière que, dans l'observation de M. Jaboulay, on put faire le diagnostic.

Mais il nous reste encore un point à éclaircir. Le pus siège-t-il dans les bourses ou dans la vaginale même ? Ce diagnostic ne pourra se faire que sous le bistouri. Disons, à la vérité, que ce diagnostic ne se pose pas en principe. Pour que le pus arrive dans la vaginale, il faut qu'il y ait, comme dans le cas de M. Jaboulay, une rareté anatomique, c'est la persistance du canal péritonéo-vaginal.

Dans tous les autres cas, le conduit péritonéo-vaginal s'est fermé, la séreuse péri-testiculaire est donc une cavité close, et le pus qui, à l'instar d'une hernie, s'engage dans le canal inguinal ne saura que dissocier les éléments du cordon et se répandre à leur entour.

Le pronostic est bénin. Dans nos deux cas la fistule purulente s'est établie très rapidement depuis le moment où le pus est arrivé dans le scrotum. Il y a donc à la fois là une voie de dérivation pour le pus appendiculaire et, par le fait même, un obstacle à la désorganisation profonde par les micro-organismes du testicule ou des éléments du cordon.

Tout ce que nous venons de voir se rapporte aux cas les plus nombreux où l'appendice a sa position normale. Mais,

certain auteurs, Shaw, Gangolphe, Barretty, Guinard, Jaiagnier, Tixier (*loc.cit.*) ont rapporté des observations de hernie appendiculaire. Ayant à opérer d'urgence une hernie étranglée, ils ont trouvé dans le sac, non pas un épiplocèle ou un entérocéle, mais bien l'appendice étranglé. Mis à part les symptômes de l'étranglement herniaire, nous avons en plus des signes de phlegmasie. Cet appendice étranglé va s'enflammer, et les nombreux micro-organismes contenus à son intérieur feront du pus. Le siège de cet abcès sera donc ou crural ou inguinal, et il se traduira au dehors par des signes de hernie d'une part, des signes de phlegmon d'autre part. Ce pus peut émigrer au loin. Il a une tendance anatomique à s'ouvrir au dehors : ce sont les cas les plus heureux. Inguinal, il peut s'ouvrir du côté des bourses, et nous aurons une variété des abcès cités plus haut ; crural, il peut suivre la gaine des vaisseaux fémoraux et venir apparaître au niveau du triangle de Scarpa.

Quel que soit son siège, ce pus se manifestera par des signes d'abcès chaud, sur lesquels nous n'avons pas à insister. Le diagnostic, en tant qu'abcès, est donc facile. En plus, le plus souvent, l'origine en est due à un étranglement herniaire ; la gravité des symptômes de l'étranglement est un des mobiles les plus puissants pour une intervention, depuis l'ère antiseptique ; le diagnostic se fera sous le bistouri. Mais si une intervention n'a pas encore été faite, si le pus a eu tout le temps de se former et de fuser ailleurs, hors du sac herniaire, c'est encore aux antécédents, aux douleurs de la fosse iliaque droite que nous nous adresserons pour faire le diagnostic.

Le pronostic est lié intimement à la marche même de

l'affection. Prise au début, une hernie appendiculaire a autant de chance de guérison qu'une hernie étranglée quelconque. Plus tard le pus affaiblira le malade, il pourra occasionner des désordres graves suivant son siège (ulcération des vaisseaux, etc.). Il pourra même dans certains cas, ou provoquer une péritonite par contiguïté ou, par son irruption dans la séreuse, déterminer une péritonite suraiguë fatale à brève échéance.

Les abcès cruraux d'origine appendiculaire ne sont pas toujours dus à une hernie de l'appendice. Souvent l'abcès extra-péritonéal viendra saillir au niveau du canal crural et en imposera par une hernie. Nous aurons là une poche fluctuante, réductible qui ne saurait être prise pour un entérocele ou un épiplocèle. Plus difficile est le diagnostic avec un abcès froid migrateur. Les antécédents à localisation iliaque, l'absence de tout point osseux, la marche de la température élimineront les abcès froids.

Le pus peut de même perforer la gaine du psoas et donner lieu à la psoïte. Nous retrouvons là tous les symptômes habituels de cette affection. Le diagnostic, en tant que psoïte, se fera très facilement.

Le diagnostic de cause sera quelquefois plus malaisé. Si les signes primitifs de l'appendicite viennent à faire défaut, ou tout au moins sont faibles, on comprend que ce sera encore par l'élimination que l'affection causale sera mise en évidence. La psoïtis puerpérale s'élimine *a priori*, la psoïtis consécutive aux abcès pottiques devra s'accompagner de signes osseux rachidiens nets, enfin les collections tuberculeuses provenant d'une ostéite iliaque seront mises de côté grâce à l'intégrité reconnue au palper, de la crête iliaque.

IV

TRAITEMENT

Au cours de notre étude symptomatologique, nous avons surtout mis en évidence un point, c'est que, supérieures comme inférieures, les localisations extra-abdominales de l'abcès appendiculaire, réclament une intervention hâtive :

Nous serons bref sur ce chapitre du traitement. C'est un abcès pleural, il faudra drainer largement cette plèvre ; faire un empyème avec ou sans résection costale ; puis, le malade à l'abri des complications pulmonaires, on songera à l'intervention causale.

Celle-ci, disons-le une fois pour toutes, sera sous la dépendance de l'état général du malade. On pourra, si le sujet est en état de supporter une laparotomie, aller enlever d'urgence cet appendice ou bien, au contraire, ne cherchant pour le moment qu'un soulagement, qu'une mise à l'abri de complications ultérieures, on pourra laisser le malade au repos avec un traitement général réconfortant. Plus tard, on pourra revenir vers cet appendicite et en faire la résection à froid.

La conduite à tenir pour un abcès inférieur sera la même. Parfois, l'intervention d'urgence s'impose, c'est le cas du malade de M. Rollet. On draine le pus dans sa

localisation extra-abdominale, on enlève l'appendice et on supprime ce foyer pyogène.

D'autres fois, au contraire, on se bornera à une incision palliative et c'est ce que fit M. Jaboulay chez le malade dont nous rapportons l'observation. Plus tard, l'appendice fut réséqué.

V

OBSERVATIONS

LOCALISATIONS SUPÉRIEURES

OBSERVATION I

(*Wolbrecht*, Berlin, 1891, *in th.* Croizat).

Hugo R..., vingt-quatre ans, menuisier, entre dans la clinique du professeur Gerhardt, le 9 octobre 1889.

Pas de maladies antérieures.

Le 5 octobre, malade d'une pérityphlite. Le 6 octobre, symptômes d'une pleurésie droite. Le 9 octobre, collection liquide au-dessus du foie, probablement sous le diaphragme.

Le 11 octobre, dyspnée violente; douleur au niveau du foie, zone de matité au-dessus du diaphragme; œdème de la paroi thoracique.

Les jours suivants l'œdème diminue, mais la zone de matité augmente.

Dans la nuit du 14 octobre, transpiration abondante.

Le 15 octobre, crachats sanguinolents; vibrations thoraciques abolies complètement à droite; quelques phéno-

mènes pleurétiques à gauche. Epanchement droit remontant jusqu'à la cinquième côte.

Le 17 octobre, ponction exploratrice ; on retire un liquide purulent d'une odeur nauséabonde. Le 18 octobre, opération de l'empyème, après chloroformisation du malade ; on vide la plèvre droite qui contenait environ 2 litres et demi d'un pus fétide.

A partir de ce jour le malade va mieux. Plus de trace de pérityphlite.

Le 1^{er} novembre, subitement, frissons. Le lendemain, à la visite, on constate *une perforation du diaphragme* faisant communiquer la cavité pleurale avec un abcès sous-diaphragmatique. Lavages d'abord quotidiens, puis hebdomadaires. La cavité se referme peu à peu.

Le 26 novembre, le malade peut se lever et, le 30 novembre, il sort de la clinique complètement guéri.

OBSERVATION II

(A. Froenkel, *Berlin. kl. Woch.*, n° 11, 16 mars 1891.)

Un homme de vingt-neuf ans est admis avec les symptômes d'une perforation de l'appendice vermiforme, compliquée d'épanchement dans la fosse iliaque droite. Il était malade depuis une quinzaine de jours et avait été traité par la glace et l'opium. Fièvre assez vive. Un jour, apparition de matité thoracique remontant jusqu'à l'omoplate et desouffle. Quelques jours plus tard, disparition de la tumeur iliaque et modification des signes thoraciques, la matité disparaît à la base et remonte jusqu'à l'épine scapulaire. On diagnostique, un abcès rétro-péritonéal sous-diaphrag-

matique. Une ponction exploratrice dans le dixième espace intercostal fournit du pus fécaloïde.

Opération de l'abcès rétro-péritonéal, extraction d'un coprolithe. Néanmoins le pus *perfore le diaphragme* produisant un empyème putride après l'opération duquel le malade guérit.

OBSERVATION III

(F. Grawitz, *Berlin. klin. Woch.*, 12 août 1889).

Femme de trente-sept ans, prise brusquement au milieu de mai, après trois jours de constipation, de fièvre, de vomissements et douleurs dans le flanc droit. Ensuite sont apparus de la toux et de la gêne respiratoire.

A l'entrée à l'hôpital, le 31 mai, obnubilation intellectuelle, aucune plainte, respiration accélérée superficielle; par instant, toux avec crachats blancs, mousseux. Pouls très fréquents, de 120 à 140, petit. Langue sèche, brune. Vomissements répétés, surtout bilieux; éructation et nausées; selles abondantes; 39 degrés.

Epuisement progressif, sans nouveaux symptômes, et mort le 19 juin.

Autopsie. — Dans le bassin, petite quantité de pus mêlée de matières fécales. Au niveau de la fosse iliaque droite, anses intestinales soudées entre elles.

Appendice vermiforme, transformé en un sac anfractueux ulcéré et présentant une perforation qui verse son contenu dans la cavité péritonéale. Juste à l'entrée, l'appendice contient un coprolithe stratifié, gros comme un haricot. La partie correspondante du cæcum est soudée

à l'iléon, et l'un et l'autre intestin sont couverts de pus gangreneux par place, et communiquent librement par des perforations multiples, cratériformes, à base du côté de la séreuse; ces perforations ont la dimension de pièces de 10 pfennigs.

Communiquant aussi avec l'intestin, se trouvait dans l'espace rétro-péritonéal, une cavité anfractueuse qui commençait à l'appendice vermiciforme, occupait toute la fosse iliaque et remontait en arrière du duodénum. Les parois de cette cavité sont gris verdâtre, ulcérés et constitués par du tissu conjonctif infiltré; elles contiennent des matières fécales fluides.

La paroi postérieure et la portion horizontale du duodénum offrent trois perforations grosses comme des haricots, à bords gangrenés, qui font communiquer cet intestin avec le foyer rétropéritonéal.

Celui-ci, arrivé au niveau de la neuvième ou de la dixième côte, pénètre dans la partie postérieure de la moitié droite du diaphragme, s'y creuse un trajet de 4 centimètres sur 15 de long, *perfore le muscle au sommet de sa convexité*, et débouche ainsi dans la cavité pleurale droite par un orifice à bords déchiquetés, grand comme une pièce de 10 pfennigs.

La cavité pleurale droite renferme un demi-litre de pus fécaloïde, couleur purée de pois.

Périnéphrite et néphrite parenchymateuse hémorragique du côté droit. Pas de péritonite généralisée.

OBSERVATION IV

(Baginsky, *Berlin. klin. Wochens.*, 28 nov. 1892.)

Jeune garçon de sept ans et demi, offrant depuis quelques jours des troubles morbides peu caractéristiques. Baginsky constate seulement un épanchement pleural droit dont il extrait un demi-litre de pus très fétide. Après une amélioration momentanée, surviennent du ténésme et une diarrhée muco-sanguinolente. Mort par épuisement.

Autopsie. — Adhérences du côlon ascendant avec la partie postérieure du foie, une anse d'intestin grêle et la paroi abdominale ; à l'intérieur de ces adhérences, foyer de pus verdâtre, enkysté. Ce foyer se continue en haut par une traînée purulente qui, en passant à la face supérieure du foie, arrive sous le diaphragme et *le perfore* dans une étendue d'au moins 1 centimètre. Cette perforation établit une large communication avec la cavité pleurale. Soudure de la base des poumons au diaphragme et de celui-ci au foie.

L'appendice vermiforme est enveloppé dans une masse purulente, onctueuse et adhère au grand épiploon, ainsi qu'à la paroi abdominale. Il présente une petite ulcération à bords irréguliers, remplie par un coprolithe mou, de la grosseur d'un pois. Tuméfaction intense de toute la muqueuse du côlon et surtout de ses follicules.

OBSERVATION V

(Berzelius, 1875.)

Perityphlite avec abcès sous-diaphragmatique. *Perforation du diaphragme*, pleurésie double compliquée de péricardite.

OBSERVATION VI

(Larsey et Winge.)

Appendicite. Une semaine après, vives douleurs dans l'hypocondre droit, épanchement purulent dans la plèvre droite et accès de dyspnée. Mort huit jours après. — Autopsie : appendice perforé. Vastes abcès remontant derrière le foie. *Diaphragme perforé en deux endroits.*

OBSERVATION VII

(Jaffé, *Deutsch. med. Woch.*, 1881.)

Homme de trente ans. Appendicite. Quatre semaines après, abcès sus-hépatique, *perforation du diaphragme* et pénétration du pus dans la plèvre droite. Incision de l'abcès péri-hépatique ; deux jours après empyème ; mort sept jours après. — A l'autopsie, perforation de l'appendice, abcès péri-cæcal ; au-dessus du foie, vaste cavité pouvant contenir une tête d'enfant et ne communiquant pas avec l'abcès péri-cæcal.

OBSERVATION VIII

(Eisenlhor, thèse de Grandsire, Paris, 1895.)

Homme de dix-huit ans, fièvre et phénomènes de typhlite, à la suite foie abaissé, signes physiques de pneumothorax, mort. A l'autopsie, vaste cavité contenant des gaz entre le diaphragme, le foie et l'estomac. *Diaphragme perforé*. Pyopneumothorax. Péricardite sèche. Perforation de l'appendice vermiculaire en rapport avec le foyer.

OBSERVATION IX

. (Salzwedel.)

Abcès sous-diaphragmatique consécutif à une appendicite. Ouverture dans le poumon.

OBSERVATION X

(Routier, *Soc. de chirurgie*, 1895.)

Jeune homme atteint d'appendicite pour laquelle on se tient prêt à intervenir, mais les symptômes abdominaux s'amendent, on croit à la guérison.

Une semaine après, le D^r Routier est appelé pour ouvrir une parotidite suppurée, et un mois après le malade

rejette par vomique une grande quantité de pus fétide, à odeur stercorale, venue de la fosse iliaque droite.

OBSERVATION XI

(Menod, *Soc. de chirurgie*, 10 juillet 1895).

Autopsie de péritonite généralisée consécutive à appendicite. On trouve le *diaphragme perforé* et le poumon envahi. Pus dans les bronches.

OBSERVATION XII ET XIII

(Th. de Pravaz, Dijon, 1888.)

Un cas d'Albers, où le pus, d'origine appendiculaire, *traverse* le diaphragme et s'épanche dans la plèvre.

Un cas d'Hammernick, où le pus contourne le foie et se fait jour dans la plèvre *en perforant* le diaphragme.

Nous n'avons pas pu nous procurer les observations d'appendicites putrides avec pleurésie purulente, auxquelles M. Jaboulay fait allusion dans le *Lyon médical* du 11 septembre 1898.

Mais nous avons cité plus haut, *in extenso*, les quelques lignes qu'il leur consacre.

LOCALISATIONS INFÉRIEURES

OBSERVATION XIV

(Recueillie par M. Levet, interne des hôpitaux,
dans le service de M. Rollet).

Appendicite à fistulisation scrotale.

Il s'agit d'un malade âgé de vingt-cinq ans, entré le 8 novembre, 1898, salle Saint-Pothin, à l'hôpital de la Croix-Rousse, ne présentant rien à noter dans ses antécédants héréditaires ou personnels.

Le sujet s'est toujours plaint d'une constipation habituelle, et particulièrement tenace depuis deux ans. Les fonctions digestives ont été aussi fort troublées : le malade avait une anorexie assez grande, marquée surtout pour les graisses. En même temps, céphalées fréquentes, inaptitude au travail.

Il y a trois semaines, son état s'aggrave brusquement. Sans cause appréciable, surviennent de la courbature et des douleurs lombaires assez vives. Toutefois, il continue son travail. Mais, au bout de huit jours, il doit s'aliter. De vives coliques et des douleurs intenses localisées dans la fosse iliaque droite, éclatent dans la nuit du 24 octobre. Le malade essaye alors de lutter par des lavements

contre cet état de choses. Malgré des applications de glace, la douleur persiste. Neuf jours après s'être alité, le malade a une selle très copieuse ; les jours suivants il y a une selle par jour, mais de faible quantité.

Le treizième jour, son état s'est aggravé. Les douleurs sont très vives dans le côté droit de l'abdomen. En plus, la bourse droite, tuméfiée depuis le début, augmente de volume et devient le siège de vives douleurs. La fièvre s'établit avec frissons.

La veille de l'entrée à l'hôpital, une fistule de la bourse s'établissait et par là s'écoulait une assez grande quantité de pus.

A l'entrée, on constate un très mauvais état général.

En outre, les draps sont mouillés de pus sortant par une ouverture située à la partie la plus déclive du scrotum droit. La fistule, à ouverture de la largeur d'une pièce de 50 centimes, a des bords violacés et même un peu noirâtres.

La palpation de la fosse iliaque droite révèle de l'empâtement. Une fluctuation assez nette avec crépitation gazeuse se perçoit bien au niveau du canal inguinal. Pas de rougeur, pas de fistule.

M. Rollet opéra le malade d'urgence. Il pratiqua une incision au niveau de l'orifice du canal inguinal. Il agrandit ensuite l'ouverture spontanée située à la partie inférieure du scrotum.

Une autre incision est enfin faite dans la fosse iliaque droite. On tombe sur un volumineux abcès rétro-péritonéal. Le pus qui en sort est très fétide et est mélangé à des gaz. Sans rechercher l'appendice, on place un drain dans cette dernière incision et une autre drain allant de

l'orifice inguinal à l'orifice scrotal. Au cours de l'opération, on peut se rendre compte que le pus de l'abcès rétro-péritonéal avait atteint l'orifice interne du canal inguinal, puis l'orifice externe et avait ensuite dissocié les éléments du cordon. La vaginale était respectée.

A l'examen bactériologique, fait par M. Courmont, on constate que les cultures, qui fourmillaient de bacilles, prenaient, au bout de quelques jours, une belle teinte verte. On trouve, au microscope, de gros bacilles trapus, prenant le Gram et de petits bacilles ne prenant pas ce réactif. Il s'agit vraisemblablement de l'association d'un pyocyanique et d'un bacille indéterminé.

Les suites opératoires furent excellentes, et, le 24 décembre, le malade sortait de l'hôpital.

Il lui reste une petite fistule au niveau de l'incision iliaque.

Les autres trajets, scrotal et inguinal sont fermés.

L'état général est excellent.

OBSERVATION XV

Recueillie par M. Boudin, interne du service
de M. Jaboulay

Le 8 novembre 1898 entrant à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jaboulay, un jeune homme de seize ans, porteur d'un abcès des bourses.

Les antécédents héréditaires du sujet ne présentaient rien de particulier à noter. Rien non plus dans les antécédents personnels.

Le début de l'affection remonterait à une quinzaine de jours. Le malade ne pouvait préciser d'une façon nette la manière dont avaient commencé les accidents. Il aurait ressenti une pesanteur et une lourdeur dans les bourses, surtout à gauche ; la région se serait peu à peu tuméfiée et enfin, il y a trois jours, se serait établie à la partie antérieure de la bourse gauche une fistule purulente. Depuis, par l'orifice s'écoulait une assez grande quantité de pus très fétide. Pas d'écoulement blennorrhagique. Pas de signes de tuberculose. En outre, la lésion locale ne présentait pas les signes habituels de la bacilliose. En effet, à l'entrée du malade, on constate une tuméfaction portant sur la bourse gauche. Cette tuméfaction, à la vue, remonte vers le canal inguinal. On constate de plus la présence d'une fistule antérieure et non postérieure, fistule d'abcès et non rétractée en cul-de-poule. D'ailleurs, toute la lésion avait bien plutôt l'aspect d'un abcès chaud que d'une collection froide. En surplus, aucune tare bacillaire, rien aux poumons.

Mais, en interrogeant soigneusement le malade, on apprenait que, quinze jours avant le début des accidents purulents, il aurait ressenti dans la fosse iliaque droite une douleur assez vive, consécutive à la constipation. Le malade avait dû cesser son travail, mais n'avait pas gardé le lit. Le ventre était uniformément ballonné et douloureux.

En présence de ces symptômes, M. Jaboulay porta le diagnostic d'appendicite suppurée avec migration de pus dans la bourse gauche à la faveur de la persistance du canal vagino-péritonéal. Pendant l'opération, faite le 10 novembre, le diagnostic fut confirmé en tout point.

M. Jaboulay fit une incision au niveau de la fistule purulente. Il arriva sur une poche qui n'était rien moins que la vaginale. En haut se trouvait un pertuis. En l'incisant et en remontant, on ouvrit au fur et à mesure un un étroit canal purulent, situé au milieu des éléments du cordon et traversant le canal inguinal. Le dessin pris pendant l'opération montre que le trajet purulent est en plein dans la gaine du cordon. Etalé, il présente çà et là des dilatations ou des étranglements d'une façon irrégulière. D'une manière générale, on peut dire qu'il se rétrécit en approchant du canal inguinal.

Arrivé au canal inguinal, M. Jaboulay en écartant l'orifice avec le doigt fit sortir une grande quantité de pus d'odeur intestinale.

Le malade présentant un mauvais état général, il préféra laisser le malade en repos et reporter à plus tard la résection de l'appendice.

Les suites opératoires furent assez simples. D'abord soulagé par l'intervention, le jeune malade se remonte un peu, mais petit à petit les douleurs abdominales se firent de plus en plus fortes, l'état général déclinait tous les jours.

Le 5 décembre, nouvelle opération. Laparotomie abdominale. On arrive sur un gros abcès, inclus dans une cavité de péritonite enkystée au fond de laquelle on trouve un appendice gangreneux. La ligature posée à la base de l'appendice l'ampute en partie. Résection et suture.

Depuis l'intervention, le malade, malgré un large drainage, eut des phénomènes généraux assez accusés. Le pouls était petit, l'appétit nul; les vomissements verts, porracés, étaient fréquents. Enfin ballonnement très mar-

qué du ventre et constipation absolue que ni purgation ni lavement ne peuvent vaincre.

Le 17 décembre, le malade mourait.

A l'autopsie, outre les lésions appendiculaires habituelles, on constate des lésions de péritonite de date ancienne. Les anses intestinales étaient très dilatées et par places agglutinées. En outre, vers la partie terminale de l'intestin grêle, on trouve un volvulus; une anse intestinale s'est étranglée sur une bride formée par l'adhérence de la partie terminale de l'épiploon à une anse d'intestin grêle, ce qui explique les phénomènes d'occlusion constatés les derniers jours. De plus, vers l'anse sigmoïde, on constate une ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, et par où sortent quelques matières.

En résumé, lésions appendiculaires, volvulus, perforations intestinales.

OBSERVATION XVI

(Poncet, Jaboulay, *Rev. de chirurgie*, 1892.)

Jeune homme ayant été opéré d'un abcès péri-cæcal, suite d'une appendicite, fut pris d'une vaginalite suppurée, qui dut aussi être ouverte et drainée. — *Dans ce cas, il devait s'agir de la persistance du canal péritonéo-vaginal.* — MM. Poncet et Jaboulay ont pu, dans une dissection, vérifier la réalité de cette hypothèse.

L'appendice iléo-cæcal venait se présenter à l'extrémité supérieure du conduit, menant de la grande séreuse abdominale à la séreuse testiculaire.

OBSERVATION XVII

(Guinard, *Traité Delbet, Ledentu.*)

Malade à l'hôpital Beaujon ; présentant un abcès au niveau de l'anneau inguinal droit, et débordant cet anneau, abcès que Guinard croyait en rapport avec une déférentite blennorrhagique. En pratiquant son incision, il trouvait un appendice perforé dans la cavité de l'abcès.

OBSERVATION XVIII

(Monks, *Berl. med. and. surg. journ.* juin 1890.)

Enfant de treize mois, dont l'appendice fixé dans le scrotum s'était enflammé, en donnant lieu à un abcès intra-scrotal ; ouverture de l'abcès, excision de l'appendice.

OBSERVATION XIX

(Poncet, Jaboulay, *Rev. de chirurgie*, 1892.)

Un vieillard de soixante ans portait depuis plusieurs années une pointe de hernie crurale droite. Un jour, il fut pris d'accidents aigus du côté de la fosse iliaque, qui persistèrent pendant une quinzaine de jours. Le malade remarqua alors une tuméfaction douloureuse à l'endroit de sa hernie. Cette tuméfaction augmenta de volume, elle rougit, et le malade fut renvoyé au mois d'août 1891, salle

Saint-Louis, avec le diagnostic de hernie étranglée. Incision d'un phlegmon du canal crural encadré d'une séreuse d'odeur fécaloïde, dont le point de départ était une appendicite.

OBSERVATION XX

(Schwartz, *Soc. de chirurgie*, juillet 1893.)

Malade chez lequel une collection crurale s'impose à la vue et au palper. Ouverture de l'abcès qui occupait le canal crural dans lequel il s'était engagé en suivant la gaine des vaisseaux.

OBSERVATION XXI

(Bauchet, *Gaz. hebd.*, 1862.)

Un malade entre dans le service de Ricord suppléé par Bauchet, à l'hôpital du Midi. Appendicite. Il avait, dans la fosse iliaque droite, une tumeur qui se ramollit et donne lieu à une collection purulente qui remontait jusqu'au-dessus de l'arcade de Fallope.

En même temps on constatait sur la partie supérieure de la cuisse une tumeur fluctuante, sur le côté de laquelle battait l'artère crurale. Cette seconde poche communiquait avec la première; on pouvait aisément, en pressant sur elle, faire remonter le pus au-dessus de l'arcade de Fallope, et alors l'artère battait au milieu de la poche. Ce n'est pas tout.

A la partie postérieure de la cuisse, on sentait une

troisième tumeur fluctuante communiquant avec la seconde et l'on pouvait, en pressant sur l'une des trois poches et en la vidant, remplir les deux autres. De ces trois parties, la supérieure, plus considérable, était transversale et parallèle à l'arcade crurale ; la seconde, allongée dans le sens de l'axe de la cuisse, était conoïde, la troisième arrondie. Le pus formé dans la fosse iliaque avait fusé le long du trajet de l'artère fémorale où il avait constitué une seconde poche, puis, il avait rencontré le trou donnant passage à l'artère fémorale profonde et était passé par cette voie à la partie supérieure de la cuisse.

Injection iodée dans la poche supérieure, après évacuation du pus — guérison complète par ce procédé.

OBSERVATION XXII

(Vigla, *Annales de la clinique interne*, Liège, 1882.)

Tuméfaction fluctuante occupant toute la partie supérieure de la cuisse. Appendicite — l'intervention montre le *fascia iliaca* perforé et le pus ayant suivi le trajet du psoas jusqu'au petit trochanter.

CONCLUSIONS

I. — On rencontre dans le cours de certaines appendicites des localisations purulentes qui se font en dehors de l'abdomen, par l'intermédiaire du tissu cellulaire.

II. — On les divise en supérieures et en inférieures. Les supérieures ont pour siège la plèvre et le poumon, les inférieures s'observent dans la cuisse, quelquefois jusqu'au-dessous du genou et dans les bourses.

III. — Leur diagnostic est quelquefois très difficile, car, dans certains cas, elles apparaissent, alors qu'il n'y avait pas encore eu de manifestations morbides appréciables du côté de l'appendice.

IV. — Il importe pour le chirurgien de déceler très rapidement leur origine; car l'intervention s'impose immédiatement.

V. — Cette intervention doit porter sur le siège même de la localisation et sur l'appendice.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONGET.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BAGINSKY, Berliner klin. Wochen., nov. 1892.
BARRETY, thèse de Paris, 1895.
BAUCHET, Gaz. hebd., 1862.
BRUN, Société de chirurgie, 17 et 24 juillet 1895.
CHARNOIS, thèse de Lyon, 1894.
COURAUD, thèse de Lyon, 1894,
CROIZAT, thèse de Lyon, 1892.
FRÖENKEL, Berliner klinische Woch., mars 1891.
GANGOLPHE, Lyon médical, 1892
GRANDSIRE, thèse de Paris, 1895.
GRAVITZ, Berliner klinische Wochenschrift, 1889.
GUINARD, Traité Delbet-Ledentu, 1898.
JABOULAY, Lyon médical, septembre 1898.
JACOB, thèse de Paris, 1893.
JAFFÉ, Deutch med., Woch., 1881.
JALAGUIER, Traité Duplay-Reclus, 1898.
KOERTE, Berliner klinische Wochenschrift, 1891.
LEGUEU, L'appendicite, bibl. Léauté, 1897.
MONKS, Bost. med. and surg. journ., juin 1890.
MONOD, Société de chirurgie, 1898, 10 juillet 1895.
OLLER, thèse de Paris, 1894.
PIARD, thèse de Paris, 1896.
PONCET, JABOULAY, Revue de chirurgie, 1892.
PRAVAZ, thèse de Lyon, 1888.
ROUTIER, Société de Chirurgie, 1895.

- SALLET, thèse de Lyon, 1894.
SALZWEDEL, Société méd. int. de Berlin, janvier, 1891.
STARK, Charité Annalen, 1882.
SAUVAGE, thèse de Paris, 1894.
TALAMON, Appendicite et pérityphlite, 1892.
TERMET et VANVERS, De la prédominance des symptômes à gauche
dans l'appendicite, Gaz. des hôp., mars 1897.
TERRIER, Société de chirurgie, 1892.
TERRILLON, Société de chirurgie, 8 juin 1892.
THURMANN, Bost. med. surg. journ., 1888.
TIXIER, Province médicale, janvier 1899.
VAUTRIN, Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales.
VIGLA, Annales de la clinique interne, Liège, 1882.
VOLLERT, Deutsche medic. Wochenschrift, 1891.
WOLBRECHT, Inaug. Dissert., Berlin, 1891.

